

# **UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**



## **CUIDADO DE ENFERMERIA A PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**PRESENTADO POR:**

**LIC. Alexander Frank Rengifo Mozombite**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA  
EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN SALUD FAMILIAR Y  
COMUNITARIA**

**ASESOR:**

**Dra. Esvia Consuelo Tornero Tasayco**

**Iquitos, Perú**

**2017**

## **DEDICATORIA**

A mis padres, esposa y hermanas por su ejemplo, esfuerzo, paciencia, apoyo incondicional y fortaleza durante las etapas de estudio de la especialidad.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la Universidad Inca Garcilaso de la Vega por su formación académica e innovadora y al Centro de Atención Primaria Iquitos por facilitar la ejecución del presente trabajo.

## INDICE

	PAG.
DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
INDICE.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT .....	6
INTRODUCCION.....	7
CAPITULO I: MARCO TEORICO	
1. DIABETES MELLITUS TIPO II	
1.1. DEFINICION.....	8
1.2. CLASIFICACION.....	9
1.3. FISIOPATOLOGIA.....	10
1.4. SIGNOS Y SINTOMAS.....	12
1.5. DIAGNOSTICO.....	14
1.6. TRATAMIENTO.....	16
1.7. COMPLICACIONES.....	19
2. TEORIAS DE ENFERMERIA	
2.1. TAXONOMIA, DOMINIOS Y CLASES.....	22
2.2. ANÁLISIS DE LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM.....	25
CAPITULO II: DESARROLLO CAPITULAR	
2.1. VALORACION SEGÚN DOMINIOS.....	30
2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.....	35
2.3. PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES.....	36
2.4. EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES.....	46
2.5. EVALUACION DE RESULTADOS.....	46
CAPITULO III:	
1. CONCLUSIONES.....	47
2. RECOMENDACIONES.....	48
3. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	49
4. ANEXO.....	53

## RESUMEN

La diabetes mellitus tipo 2, es una enfermedad metabólica que se caracteriza por elevados niveles de glucosa en sangre, secundaria a una alteración absoluta o relativa de la secreción de insulina y/o a una alteración de la acción de dicha hormona en los tejidos insulino dependientes. La hiperglucemia crónica se acompaña de modificaciones del metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteína. Así, la diabetes tipo 2 constituye el 95% de la población atendida por dicha enfermedad.

Se presenta el caso de un paciente varón de 43 años, conviviente, de ocupación mecánico, con diagnóstico médico: diabetes mellitus tipo 2; que ingresó al programa de control de enfermedades no transmisibles, presentando polifagia, polidipsia y poliurea y pérdida de peso. Además con examen de laboratorio: glucosa 400 mg/dl.

En este trabajo, se aplicó el modelo de atención de enfermería basado en la teoría de Dorothea E. Orem, centrado en el autocuidado, porque permite abordar al paciente con diabetes mellitus tipo 2, al proporcionarles las acciones necesarias para hacerlos partícipes del propio cuidado y responsabilizarse de su tratamiento.

La valoración según dominios de NANDA me permitió establecer diagnóstico de enfermería de hiperglicemia, deterioro de la integridad cutánea, ansiedad y afrontamiento familiar comprometido; en relación a conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes y falta de cumplimiento del plan terapéutico; además a la alteración de la sensibilidad y del estado metabólico, generando incertidumbre sobre el estado de salud y desconfianza para afrontar la situación.

Actualmente se encuentra con monitoreo de funciones vitales estables, evolución favorable y adecuada respuesta al tratamiento con hipoglucemiantes orales.

**PALABRAS CLAVE:** Diabetes, hiperglucemia, glucosa, insulina, hipoglucemiante

## ABSTRACT

Diabetes mellitus type 2 is a metabolic disease which has as feature high levels of glucose in blood, as a side effect of an absolute or relative alteration of insulin secretion and a variation in the acting of that hormone, in the insulin-dependent tissues. Chronic hyperglycaemia is joined by metabolic disorders of carbohydrates, lipids and proteins. Thus, diabetes mellitus type 2 covers 95% of the people assisted because of it.

A case of a 43-year-old-man, who has a partner and is a mechanic, is presented. His medical diagnosis: diabetes mellitus type 2. He attended at the program of control for non-transmissible diseases presenting polyphagia, polydipsia, polyuria and weight loss. Furthermore, his laboratory test found out his glucose 400 mg/dl.

In this specific case the model of nursing care based on Dorothea E. Oren's theory was applied. This is focused on the patient's self-care. It provides to the diabetes mellitus type 2 patients the useful tools to be responsible of their self-care and medical treatment.

NANDA valuation helped me to figure out a nursing diagnosis of hyperglycaemia, cutaneous integrity damage and anxiety. In addition, the family conflict related to the wrong managing of the patient's therapy because the lack of knowledge about this disease. All of these, created a sensitivity alteration and metabolic disorder in the patient which caused uncertainty about the patient's health condition and mistrust in the family to face up the situation.

Currently, the patient's vital signs are established and they have been monitoring. The patient has a positive development and shows a suitable reaction to the oral glucoselowering drugs therapies.

**Key words:** diabetes, hyperglycaemia, glucose, insulin, hypoglycemic.

## INTRODUCCIÓN

El presente caso clínico se refiere a un paciente con diabetes mellitus tipo 2 con atención ambulatoria en consultorio de enfermedades no transmisibles del Centro de Atención Primaria –ESSALUD Iquitos. La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica considerada actualmente como un problema de salud pública, es una de las patologías que genera mayor discapacidad y mortalidad, especialmente en el adulto y adulto mayor, ocupando gran parte de los recursos sanitarios en todos los países. Esta enfermedad produce un impacto socioeconómico importante en el país que se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios, hospitalización prolongada, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad producto de las complicaciones agudas y crónicas. En el Perú la prevalencia de diabetes es de 1 a 8% de la población general, siendo Piura y Lima los departamentos más afectados (1)

.

El objetivo del siguiente trabajo es exponer y analizar el caso de un paciente con esta enfermedad abarcando todas sus esferas y la repercusión que produce en la familia, para priorizar los cuidados de Enfermería y evaluar los resultados de las intervenciones.

A través del análisis de la teoría de Dorothea Orem, se recolectó información a través de la historia clínica, examen físico, notas de enfermería, y entrevista a la esposa del paciente, se agrupó las necesidades del paciente por dominios, que conllevaron a la priorización de 5 diagnósticos de Enfermería, se realizó las intervenciones y se evaluó los resultados.

El trabajo está constituido por el **marco teórico**, la **presentación del caso clínico** incluyendo la valoración por dominios, diagnósticos de Enfermería, planeamiento de objetivos y prioridades, ejecución de las intervenciones y evaluación de los resultados, culminando con las **conclusiones** y **recomendaciones**.

## I. MARCO TEÓRICO

### 1. DIABETES MELLITUS II

#### 1.1. DEFINICIÓN

La diabetes mellitus es un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debida a un defecto en la secreción de la insulina, a un defecto en la acción de la misma, o a ambas. Además de la hiperglucemia, coexisten alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas. La hiperglucemia sostenida en el tiempo se asocia con daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos (1), (2)

#### 1.2. CLASIFICACION

Como señalan varios autores la diabetes mellitus se clasifican en: diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2 y diabetes gestacional.

**a) Diabetes tipo 1:** Se caracteriza por una destrucción de las células  $\beta$  del páncreas que lleva a una deficiencia total en la secreción de insulina. Puede ser autoinmune o idiopática.

- **Autoinmune:** Es más frecuente en niños y adolescentes, pero también puede aparecer en los adultos, y aunque suelen ser individuos delgados, la obesidad no debe ser excluyente para el diagnóstico. La causa de la destrucción de las células  $\beta$  del páncreas son mecanismos autoinmunes de origen desconocido, pero parecen depender de dos factores: una predisposición genética y un mecanismo desencadenante que podría ser producido por infecciones virales o estrés. La reacción autoinmune produce una inflamación en los islotes caracterizada por presencia de células T activas, que van produciendo la destrucción de las células  $\beta$ . (Fernández, Tuneu, 2004). (3)



- **Idiopática:** Es muy rara, afectando a individuos de origen africano y asiático.

Tiene un importante componente hereditario no asociándose al sistema HLA (antígenos leucocitarios humanos).

**b) Diabetes tipo 2:** Es conocida como diabetes no insulino-dependiente o del adulto. La etiología de este tipo de diabetes es desconocida y aunque no parecen existir mecanismos de destrucción autoinmune, sí existe una predisposición genética. Los pacientes presentan resistencia a la insulina y generalmente una relativa deficiencia de esta hormona. Es la más frecuente, constituyendo aproximadamente el 90% de los pacientes diabéticos, de los cuales sólo un 10 % tienen normo peso y el resto son obesos.

**c) Diabetes gestacional:** Como ocurre en la diabetes tipo 2, este tipo de diabetes se produce al disminuir la sensibilidad de los tejidos a la insulina. Esto se debe a que las hormonas ováricas y placentarias disminuyen la sensibilidad a la insulina, por lo que la madre debe segregar más insulina para mantener los niveles de glucosa adecuados. La diabetes gestacional la padecen un 2% de las embarazadas generalmente en el tercer trimestre de embarazo, esta situación desaparece tras el parto, pero son mujeres que tienen una mayor probabilidad de padecer diabetes en partos sucesivos o a edades más tardías (Fernández y Tuneu, 2004).(3)

### 1.3. FISIOPATOLOGIA:

La liberación de insulina es un proceso indispensable en la homeostasis del cuerpo como respuesta al aporte energético del consumo de alimentos. Su liberación es inducida principalmente en respuesta al incremento de glucemia, pero al mismo tiempo es regulada por diversas sustancias (nutrimentos, hormonas gastrointestinales, hormonas pancreáticas, neurotransmisores del sistema nervioso autónomo, entre otras). La glucosa, los aminoácidos, los ácidos grasos y los cuerpos cetónicos favorecen la secreción de insulina, al igual que la activación del receptor  $\beta$ 2-adrenérgico y la estimulación del nervio vago, mientras que los receptores alfa 2-adrenérgicos inhiben la liberación de insulina (3),(4).

La despolarización de la célula  $\beta$  provoca la liberación de insulina; el proceso inicia con el aumento de la concentración plasmática de carbohidratos: la fructosa y la glucosa ingresan en la célula  $\beta$  a través del transporte facilitado mediado por el transportador de glucosa 2 (GLUT2). El GLUT2 es un transportador de glucosa con baja afinidad, se expresa en el hígado, riñón, células  $\beta$  del páncreas y en la membrana baso lateral de las células epiteliales del intestino delgado (5), (6).

La diabetes tipo 1, también conocida como diabetes insulino dependiente, inicia comúnmente desde la infancia y se considera una enfermedad inflamatoria crónica causada por la destrucción específica de las células  $\beta$  en los islotes de Langerhans del páncreas 26. Existen distintas causas por las cuales puede ocurrir la destrucción de los islotes: virus, agentes químicos, autoinmunidad cruzada o, incluso, una predisposición génica. (7)

Las causas que desencadenan la diabetes tipo 2 se desconocen en el 70-85% de los pacientes; al parecer, influyen diversos factores como la herencia poligénica (en la que participa un número indeterminado de genes), junto con factores de riesgo que incluyen la obesidad,

dislipidemia, hipertensión arterial, historia familiar de diabetes, dieta rica en carbohidratos, factores hormonales y una vida sedentaria. Los pacientes presentan niveles elevados de glucosa y resistencia a la acción de la insulina en los tejidos periféricos (3)

La diabetes tipo 2 se asocia con una falta de adaptación al incremento en la demanda de insulina, además de pérdida de la masa celular por la glucotoxicidad. Sin embargo, el receptor a insulina presenta alteraciones en su función. Cuando la insulina se une a su receptor en células del músculo, inicia las vías de señalización complejas que permiten la translocación del transportador GLUT4 localizado en vesículas hacia la membrana plasmática para llevar a cabo su función de transportar la glucosa de la sangre al interior de la célula (8)

#### 1.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Las formas de presentación clínica son muy varias y pueden resumirse en las siguientes: (9)

Presentación metabólica. La insulina es una de las principales hormonas anabolizantes del organismo y, por consiguiente, su disfunción afecta no solo al metabolismo de la glucosa, sino también al de las grasas y las proteínas. La asimilación de la glucosa en el musculo y el tejido graso disminuye mucho o desaparece. No solo deja de almacenarse glucógeno en el hígado y el musculo, sino que sus reservas se vacían por completo. La glucemia en ayunas puede alcanzar cifras muy elevadas. Cuando esto sucede se produce su eliminación por la orina (glucosuria). Si la glucosa que hay que eliminar es muy elevada, se produce poliurea (exceso de orina), lo que acarrea una intensa pérdida de agua y electrolitos, que pueden producir el coma diabético. Aparece una intensa sed (polidipsia) debido a la pérdida de agua, y un aumento del apetito (polifagia), con pérdida de peso (que puede ser de 4- 6 Kg en un mes), siendo esta la triada clásica de la diabetes: poliurea, polidipsia y polifagia. Esta sintomatología suele acompañarse de astenia; si se trata de niños pierden las ganas de jugar y permanecen mucho más quietos que de costumbres. El coma diabético también puede producirse por cetoacidosis: la deficiencia de insulina causa una destrucción excesiva de células grasas y con ello eleva la concentración de ácidos grasos libres.

Presentación no metabólica. Los síntomas metabólicos pueden ser mínimos o estar ausentes y el diagnostico se sospecha por infecciones o por complicaciones de la enfermedad. El paciente manifiesta haber tenido poliurea, polidipsia y gran apetito durante toda su vida. No suele haber astenia o es muy discreta y la pérdida de peso no es constante. En otros casos, la enfermedad es diagnosticada por el oftalmólogo al apreciar lesiones en la retina que sugieren retinopatía diabética. Otras veces el diagnostico lo establece el dermatólogo por la aparición de alguna lesión característica en la piel, como dermatopatía diabética. En otras ocasiones el motivo de consulta es un prurito (picor) vulvar que puede ser producido por la hiperglucemia o por la sobre

infección vaginal por hongos, en general *Cándida albicans*. Las infecciones son más frecuentes entre los diabéticos que en el resto de la población. Son especialmente frecuentes las infecciones genitourinarias y las infecciones respiratorias.

## 1.5. DIAGNÓSTICO

Por definición se considera diabético a aquella persona que cumpla con los siguientes requisitos (10,11)

1. Síntomas clásicos de DM y una glucosa plasmática casual mayor o igual a 200 mg/dl. Hiperglucemia casual se define como la que aparece en cualquier momento del día sin considerar el tiempo desde la última comida. Los síntomas clásicos incluyen poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.
2. Glucemia plasmática basal mayor o igual a 126 mg/dl con presencia de síntomas clásicos. La glucemia plasmática basal se define como aquella que se realiza con ausencia de ingesta calórica de al menos ocho horas.
3. Glicemia plasmática basal mayor o igual a 126 mg/dl en dos resultados en diferentes momentos, aun en ausencia de síntomas clásicos.
4. Resultado del test de tolerancia oral de glucosa con 75 g de glucosa mayor o igual a 200 mg/dl. El test debe realizarse según describe la Organización Mundial de la Salud, utilizando 75 g de glucosa disueltos en 400 ml de agua. Este criterio no está recomendado para el uso clínico rutinario.
5. Hemoglobina glicosilada (Hb A1c) > 6.5%

Existen unos estadios previos al diagnóstico de diabetes en los que las cifras de glucemia basal están alteradas generalmente como resultado de un estado de insulinoresistencia inicial. Se engloban en la categoría de homeostasis alterada a la glucosa. Estos pacientes suelen ser obesos, tienen un mayor riesgo de desarrollar DM que la población general y un mayor riesgo de complicaciones macrovasculares. No suelen presentar alteraciones microvasculares.

Distinguimos dos formas clínicas:

1. Glucemia basal alterada: La presentan aquellos pacientes cuya glucemia está entre 100 y 125 mg/dl

2. Intolerancia a la glucosa: La presentan aquellos pacientes que, tras un test de tolerancia oral a la glucosa presentan glucemia basal inferior a 126 mg/dl y glucemia a las dos horas de la sobrecarga entre 140 y 199 mg/dl.

Se recomienda la determinación de HbA1c al menos dos veces al año en pacientes que han conseguido los objetivos de tratamiento, y cuatro veces al año en pacientes en los que ha habido cambios de tratamiento o no están en objetivos glucémicos. El uso de test rápidos de HbA1c en consulta nos permite modificar los tratamientos de forma inmediata.

## 1.6. TRATAMIENTO

El objetivo esencial del tratamiento es *prevenir o retrasar las complicaciones* micro y macro vasculares (éstas últimas especialmente relevantes en la diabetes tipo 2). La relación precisa entre la incidencia y progresión de las mismas, el tipo de tratamiento, niveles de HbA1c y tiempo de evolución en la diabetes tipo 2 no ha sido establecida perfectamente. Los resultados recientes del United Kingdom Prospective DM Study (UKPDS) 12, muestran que la consecución de unos niveles buenos tanto de glucemia (HbA1c) como de los otros componentes metabólicos (lípidos y, sobre todo, tensión arterial) disminuyen el desarrollo y progresión de las complicaciones

El tratamiento se basa en medidas nutricionales, ejercicio y tratamiento farmacológico. El tratamiento dietético es un *pilar fundamental* en el manejo de la diabetes y en muchas ocasiones es probablemente la única intervención necesaria. En líneas generales, la dieta debe ir orientada hacia la consecución y mantenimiento de un peso aceptable y de unos niveles óptimos de glucosa, lípidos y tensión arterial. La proporción de nutrientes no será distinta a la recomendada en la población general, debiendo comer suficientes hidratos de carbono en cada comida y evitar los azúcares solubles y sus derivados por su rápida absorción que eleva la glucemia post-prandial. Se recomienda que el total de calorías consumidas a lo largo del día se repartan en 4 ó 5 comidas 12. En la diabetes tipo 2, el ejercicio físico juega un destacado papel aumentando la captación de glucosa por el músculo, incluso cuando no se disminuye el peso, ayudando a mejorar el control metabólico. Además, actúa de manera favorable sobre otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular como la hiperlipemia y la hipertensión arterial (12).

Los fármacos orales son el *tratamiento de elección* en casi todos los diabéticos en los que fracasa la dieta y el ejercicio. La elección del fármaco para iniciar el tratamiento puede hacerse considerando el nivel de glucemia y el índice de masa corporal.

Los enfermos con *glucemia basal menor de 140 mg/dl* se benefician más de fármacos que no causan hipoglucemia, como es la metformina, la troglitazona o



los inhibidores de alfa-glucosidasas. Los que tienen principalmente hiperglucemia basal (valores mayores antes de desayuno que de cena) deben usar metformina. Si su hiperglucemia dominante es, sobre todo, postprandial y mayor antes de cena que de desayuno, pueden usar inhibidores de alfa-glucosidasas. En aquellos pacientes con resistencia insulínica importante debe utilizarse troglitazona o, si ésta no está disponible, metformina, independiente del patrón glucémico (12).

Los enfermos con *glucemia basal entre 140 y 200 mg/dl* tienen otras alternativas. Aquellos con normo peso o, sobre todo, los delgados deben ser tratados con sulfonilureas. En obesos con este nivel de glucemia el tratamiento se iniciará con metformina (12)

Para *glucemias superiores a 200 mg/dl* las pautas de elección son iguales a las de las últimas cifras descritas en las glucemias entre 140 – 200 mg/dl, excepto en que se utilizarán dosis mayores desde el principio.

Cuando fracasa el tratamiento con un solo fármaco, bien precozmente (fallo primario) o, como es más frecuente, al cabo de unos años (fallo secundario) el paso siguiente más lógico es añadir otro fármaco. La combinación más usada es sulfonilurea más metformina (12)

El tratamiento con insulina está indicado en los siguientes casos:

1. En el momento del diagnóstico, en pacientes no obesos, con síntomas cardinales y glucemias elevadas.
2. En diabéticos con fallo primario o secundario a la combinación de fármacos orales. Es decir, cuando en esa situación no se están obteniendo los objetivos determinados de control metabólico. Los objetivos con vistas a la insulinización tienen que relativizarse en función del paciente: edad, complicaciones y enfermedades asociadas, grado de obesidad, expectativa de vida, situación social y cultural.
3. En situación de descompensación aguda por enfermedades intercurrentes.
4. En pacientes Diabéticos Tipo 1 la insulino-terapia es el pilar del tratamiento.

5. El tratamiento inicial debe ser con insulina cuando la distinción entre la diabetes tipo 1 y la diabetes tipo 2 no está clara y en los pacientes con concentraciones de glucosa en sangre al azar de 250 mg / dl (13,9 mmol / L) y / o HbA1C 0,9 % ( 75 mmol / mol)
6. Presentación con cetosis o cetoacidosis requiere un período de terapia con insulina en ayunas y postprandial hasta restaurarlo a su estado normal o casi normal
7. La insulina es el agente de primera línea recomendado para el tratamiento de DM Gestacional.
8. En pacientes diabéticos que emplean terapias coadyuvantes con fármacos hiperglicemiantes.

## 1.7. COMPLICACIONES

Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios (9)

- La diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral (ACV). Un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y ACV).
- La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies y, en última instancia, amputación.
- La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2% de los pacientes se quedan ciegos, y un 10% sufren un deterioro grave de visión.
- La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. Un 10 a 20% de los pacientes con diabetes mueren por esa causa.
- La neuropatía diabética se debe a lesión de los nervios a consecuencia de la diabetes, y puede llegar a afectar a un 50% de los pacientes. Aunque puede ocasionar problemas muy diversos, los síntomas frecuentes consisten en hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y las manos.
- En los pacientes con diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin diabetes.

## 2. TEORÍAS DE ENFERMERÍA

La base teórica Roy desarrollo su modelo de adaptación. La teoría de adaptación de Roy está profundamente enraizada en la práctica de enfermería y contribuye a su éxito continuado. Pone de relieve las características de la disciplina, guiando la práctica y la formación. Se consideran los objetivos, las intervenciones del profesional en el paciente con diabetes. **Establece cuatro modos de adaptación:**

### I. **Modo fisiológico y físico de adaptación.**

Está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos. La necesidad básica es la integridad fisiológica. Las necesidades que se identifican en este modo se relacionan con la necesidad básica de la integridad fisiológica; oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo y protección.

### II. **Modo de Adaptación del Autoconcepto de Grupo**

Se centra en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica es la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo”.

### III. **Modo de Adaptación de función de rol**

Se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad. El rol, interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición. La necesidad básica en la que subyace el modo de adaptación de la función del rol, se ha identificado como integridad social: a saber, la necesidad que se tiene de saber

quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar”

#### **IV. Modo de Adaptación de la Interdependencia**

Se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo. Las relaciones dependientes entre sí afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como es amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento (13)

## **2.1. TAXONOMIA II DOMINIOS Y CLASES**

### **Dominio I: Promoción de la Salud**

- Clase 1: Toma de conciencia de la salud.
- Clase 2: Manejo de la salud.

### **Dominio II: Nutrición.**

- Clase 1: Ingestión
- Clase 2: Digestión
- Clase 3: Absorción.
- Clase 4: Metabolismo.
- Clase 5: Hidratación.

### **Dominio III: Eliminación/intercambio**

- Clase 1: Sistema urinario.
- Clase 2: Sistema gastrointestinal.
- Clase 3: Sistema tegumentario.
- Clase 4: Sistema pulmonar.

### **Dominio IV: Actividad/reposo**

- Clase 1: Reposo/sueño
- Clase 2: Actividad/Ejercicio
- Clase 3: Equilibrio de la energía
- Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias
- Clase 5: Autocuidado
- 

### **Dominio V: Percepción/cognición**

- Clase 1: Atención.
- Clase 2: Orientación
- Clase 3: Sensación/percepción
- Clase 4: Cognición.

- Clase 5: Comunicación.

#### **Dominio VI: Auto percepción.**

- Clase 1: Autoconcepto
- Clase 2: Autoestima
- Clase 3: Imagen corporal.

#### **Dominio VII: Rol/relaciones**

- Clase 1: Roles del cuidador
- Clase 2: Relaciones familiares.

#### **Dominio VIII: Sexualidad**

- Clase 1: Identidad sexual.
- Clase 2: Función sexual.
- Clase 3: Reproducción.

#### **Dominio IX: Afrontamiento tolerancia al estrés.**

- Clase 1: Respuesta postraumática
- Clase 2: Respuestas de afrontamiento
- Clase 3: Estrés neuro-compartamental

#### **Dominio X: Principios vitales**

- Clase 1: Valores.
- Clase 2: Creencias.
- Clase 3: Congruencia de las acciones con los valores/creencias

**Dominio XI: Seguridad/protección**

- Clase 1: Infección
- Clase 2: Lesión física
- Clase 3: violencia
- Clase 4: Peligros ambientales
- Clase 5: Procesos defensivos

**Dominio XII: Confort**

- Clase 1: Confort físico.
- Clase 2: Confort ambiental
- Clase 3: Confort social

**Dominio XIII: Crecimiento/desarrollo**

- Clase 1: Crecimiento
- Clase 2: Desarrollo. (13),(14)



## 2.2. ANÁLISIS DE LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM

Dorothea E Orem presenta su teoría general de la pérdida del autocuidado como una hipótesis compuesta por tres elementos relacionados entre sí: 1. Teoría de autocuidado. 2. Teoría de la pérdida del autocuidado. 3. Teoría de los sistemas de enfermería.

○ Teoría de autocuidado. Muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, prevé las bases para la recolección de datos.

○ La teoría de la pérdida del autocuidado. Postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades, y limitaciones del cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar esa atención, de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente.

○ La teoría de los sistemas de enfermería, proporciona el contexto dentro del cual la enfermera (o) se relaciona con el individuo, lo precisa, prescribe, diseña, y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de las pérdidas de autocuidado. En este marco se retoma la aplicación del modelo de atención de enfermería de la teoría de Dorothea E Orem, centrado en el autocuidado, porque permite abordar al paciente con diabetes mellitus tipo 2, al proporcionarles las acciones necesarias para hacerlos partícipes del propio cuidado y responsabilizarse de su tratamiento. En esta teoría el paciente es el protagonista en la toma de decisiones en la salud y en el desarrollo de sus capacidades de autocuidado, pero para ello se deben realizar acciones y secuencias de acciones aprendidas, dirigidas hacia sí mismos o hacia características ambientales conocidas o supuestas, para cubrir requisitos, identificados para el control de factores que promueven o afectan adversamente, o interfieren la regulación continuada de su propio funcionamiento o desarrollo, para contribuir así a la

continuación de la vida, al auto mantenimiento y a la salud y bienestar personal, ya que como personas maduras y en proceso de maduración, requieren aprender sobre el cuidado propio, y estos

En el caso de la persona con diabetes mellitus tipo 2, se entiende que buscan adaptarse intencionalmente a la situación de cronicidad del padecimiento. Esto quiere decir que llevan a cabo acciones dirigidas a promover el proceso de adaptación. Por otro lado, el conocimiento de las condiciones ambientales implica acciones consideradas que, para el adulto con diabetes mellitus tipo 2, pueden ser el reconocimiento de las barreras que interfieren en las acciones de autocuidado. Dorothea E Orem contempla el concepto de auto, como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales) y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que las personas inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Esta teoría articula un campo de conocimiento que guía las acciones de enfermería, en aras de satisfacer las demandas y promoción del ejercicio de autocuidado entre otras. Una persona para cuidar de sí misma es capaz de realizar las siguientes actividades: apoyar los procesos vitales y del funcionamiento normal, mantener el crecimiento, maduración y desarrollo normal prevenir o controlar los procesos de enfermedad o lesión, prevenir incapacidad (o su compensación) y promover el bienestar. El cuidado se inicia voluntaria e intencionalmente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón de comprender su estado de salud, y sus conocimientos en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. (15)

## II DESARROLLO CAPITULAR

### DATOS GENERALES

- Apellidos y Nombres : P.E.R
- Edad : 43 años.
- Sexo : Masculino.
- Estado civil : Conviviente
- Ocupación : Mecánico
- Lugar de procedencia : Requena
- Servicio : Enfermería
- Estrategia Sanitaria : No transmisibles
- Fecha de ingreso : 10-02-2014
- Motivo de ingreso al Policlínico : polifagia, polidipsia, poliurea y pérdida de peso
- Fecha de recolección de información : 06/07/2017

### ANTECEDENTES PERSONALES

- Niega RAMS.
- Ex fumador de 1 cigarrillo por día
- No consumo de alcohol
- Diabetes mellitus tipo 2 de tres años de evolución en tratamiento con metformina 850mg y glibenclamida 5mg
- Actualmente desde el 6 -7-2017, insulino terapia con insulina cristalina.
- Hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia
- Realiza poca actividad física por el exceso de trabajo
- Niega cirugías y hospitalización
- Dieta poco saludables
- Irregularidades en el tratamiento.

## SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

Paciente varón de iniciales P.R.E de 43 años se encuentra realizando su control por el servicio de medicina y enfermería (Estrategia sanitaria no transmisibles) con diagnóstico médico: Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertrigliceridemia. En la historia clínica el paciente refiere cansancio y debilidad general y que el tratamiento recibido ya no le hace efecto; " me siento aburrido, ya no soy útil y tengo miedo lo que me sucede y me desespera que no puedo controlar esta enfermedad ". Según la historia clínica estuvo con altas dosis de antidiabéticos orales y estatinas y fibratos porque los valores de triglicéridos y colesterol están incrementados por encima de lo normal. Esposa refiere: "hace como 1 mes que acude en forma repetitiva al servicio de emergencia del hospital; ya que siente que se calienta su cabeza, dolor de cabeza, muchas ganas de orinar y muchísima sed" .Eso me trae gran preocupación ya que él nos ayuda con el sustento diario en el hogar, además mis hijos están estudiando 1 en la primaria y el otro en la secundaria. " Además mi esposo debe en el banco, ya que hace poco compramos una casa con un préstamo personal, en verdad no sé qué hacer ".

Paciente se encuentra en el servicio de observación tóxico con vía E.V. permeable perfundiendo cloruro de sodio al 9 % hasta 3 litros, bajo efectos de insulina cristalina 8UI S.C.; con control de glucosa de 400 MG/DL y cuya evaluación será cada hora hasta observar mejoría. Se recomienda ingerir bastante líquido. La administración de insulina es en forma esporádica cuando se presenta la hiperglicemia.

Paciente se encuentra en posición sentada en compañía de su esposa. A la observación piel diaforética, mucosa oral reseca, se observa sediento, irritable y sensación de debilidad o cansado. Refiere visión borrosa al caminar.

Durante la evaluación de enfermería facie irritable y pálido, mucosa oral pálida con sensación de sed aumentado. A nivel del tórax el murmullo vesicular pasa

bien en ambos campos pulmonares, no sibilantes ni crepitantes. Abdomen blando no hepatomegalia ni esplenomegalia. No dificultad para orinar. A nivel de miembros inferiores no edema no varices no signos de fóvea. Se observa herida infectada de 2 cm de diámetro con bordes irregulares localizado en dedo pulgar del pie izquierdo con edema leve, rubor y fétido. A la palpación dolor y calor en dicha zona.

Paciente se encuentra en monitoreo de funciones vitales saturación de oxígeno: 99%, FC: 100x', FR: 26x', T° 37°C, PA: 120/60 mmHg,

### 1.1.1. TRATAMIENTO MÉDICO AMBULATORIO

- Dieta hipoglucémica y saludable a base de frutas y verduras
- Metformina 850 mg cada 12 horas
- Glibenclamida 5 mg cada 12 horas
- Acido acetil salicilico 100 mg cada 24 horas
- Atorvastatina 10 mg cada 24 horas
- Gemfibrozilo 600 mg cada 24 horas
- **Actualmente** Clindamicina 300 mg cada 8 horas
- Naproxeno 550 mg cada 12 horas .
- Curacion diaria de herida

### 1.1.2. EXÁMENES DE LABORATORIO

(16/04/17)

**valores normales**

- |                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| ▪ Hemoglobina: 12.10 gr/dl    | 13 - 16 gr/dl       |
| ▪ Hematocrito: 36.4 %.        | 40.7% a 50.3%       |
| ▪ Glucosa: 300 mg/dl          | 70 - 100 mg/dL      |
| ▪ Leucocitos: 10000 mm3.      | 4000mm3-10000mm3    |
| ▪ Creatinina: 0.6 mg/dl       | 0.7 a 1.3 mg/dl.    |
| ▪ Colesterol total: 290 mg/dl | Menos de 200 mg /dl |
| ▪ Triglicéridos :267 mg/dl    | Menos de 150 mg/dl  |

## 2.1. VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS

### DOMINIO I: PROMOCIÓN DE LA SALUD

No aplica

### DOMINIO II: NUTRICIÓN

Dieta poco saludables

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
○ Dieta poco saludables.	Clase 1: Ingestión
○	Clase 3 : Absorción

Paciente se encuentra en el servicio de observación tópico con vía E.V. permeable perfundiendo cloruro de sodio al 9 % hasta 3 litros, bajo efectos de insulina cristalina 8UI S.C.; con control de glucosa de 400 MG. La administración de insulina es en forma repetitivo (2 veces al mes) cuando se presenta la hiperglicemia. (16)

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Paciente recibe insulina cristalina 8UI S.C en forma repetitiva (2 veces al mes) cuando se presenta la hiperglicemia.</li> </ul>	Clase 4: metabolismo

### DOMINIO III: ELIMINACIÓN/INTERCAMBIO

No aplica

### DOMINIO IV: ACTIVIDAD/REPOSO

Paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2; con examen de laboratorio: glucosa: 400 mg/dl, colesterol total: 290 mg/dl y triglicéridos: 267 mg /dl.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Glucosa : 400mg/dl</li> <li>○ Colesterol total : 290 mg/dl</li> <li>○ Triglicéridos :267 mg/dl</li> </ul>	Clase 4 : Respuestas cardiovasculares/pulmonares

### DOMINIO V: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

No se encuentran datos significativos. (17).

## DOMINIO VI: AUTOPERCEPCIÓN

El paciente refiere cansancio y debilidad general y que el tratamiento recibido ya no le hace efecto; “ me siento aburrido, ya no soy útil y tengo miedo lo que me sucede y me desespera que no puedo controlar esta enfermedad “. (18),(19).

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
○ “Me siento aburrido y tengo miedo lo que me sucede y me desespera que no puedo controlar esta enfermedad “.	Clase 1: autoconcepto
○ “Ya no soy útil “	Clase 2: Autoestima

## DOMINIO VII: ROL/RELACIÓN

Esposa refiere: “Me trae gran preocupación ya que él nos ayuda con el sustento diario en el hogar”

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
○ “Me trae gran preocupación ya que él nos ayuda con el sustento diario en el hogar “	Clase 3: Desempeño del rol.



## DOMINIO VIII: SEXUALIDAD

No se encuentran datos significativos.

## DOMINIO IX: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Esposa refiere: Mis hijos están estudiando uno en la primaria y el otro en la secundaria. “ Además mi esposo debe en el banco, ya que hace poco compramos una casa con un préstamo personal, en verdad no sé qué hacer “.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Esposa refiere “ Mis hijos están estudiando y en verdad no sé qué hacer “</li></ul>	Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

## DOMINIO X: PRINCIPIOS VITALES

No se encuentran datos significativos.

## DOMINIO XI: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Se observa herida infectada de 2 cm de diámetro de borde irregular, localizado en dedo pulgar del pie izquierdo con edema leve, rubor y fétido. A la palpación dolor y calor en dicha zona

.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Herida infectada de 2cm de diámetro de borde irregular, localizado en pie izquierdo.</li><li>○ Dolor, rubor y edema en MMII (pie izquierdo)</li><li>○ Calor en la zona.</li></ul>	Clase 2: Lesión física

## DOMINIO XII: CONFORT

No se encuentran datos significativos.

## DOMINIO XIII: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

No se encuentran datos significativos

## 2.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1. Hiperglucemia r/c con conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes y falta de cumplimiento del plan terapéutico evidenciado por la glucosa de 400 mg.
2. Deterioro de la integridad cutánea r/c con alteración de la sensibilidad y del estado metabólico evidenciado por la herida infectada en pie izquierdo
3. Ansiedad r/c con amenaza en: rol, estado de salud, los patrones de interacción manifestado por expresión de preocupaciones.
4. Afrontamiento familiar comprometido r/c incertidumbre sobre el estado de salud y desconfianza para afrontar la situación e/p Manifestación verbal de la esposa.(16), (17) Y (18).

## **2.3. PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES**

### **PRIORIZACIÓN**

#### **REALES**

1. Hiperglicemia r/c con conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes y falta de cumplimiento del plan terapéutico evidenciado por la glucosa de 400 mg.
2. Deterioro de la integridad cutánea r/c con alteración de la sensibilidad y del estado metabólico evidenciado por la herida infectada en pie izquierdo
3. Ansiedad r/c con amenaza en: rol, estado de salud, los patrones de interacción manifestado por expresión de preocupaciones.

#### **BIENESTAR**

4. Afrontamiento familiar comprometido r/c incertidumbre sobre el estado de salud y desconfianza para afrontar la situación e/p Manifestación verbal de la esposa.

# PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA Y EBE

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>Datos</b></p> <p><b>Objetivos:</b></p> <p>De la historia clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dx: Diabetes mellitus tipo 2</li> <li>Paciente recibe insulina cristalina 8UI S.C en forma repetitiva (2 veces al mes) cuando se presenta la hiperglicemia.</li> <li>Glucosa :400 mg/dl</li> </ul>	<p><b>REALES</b></p> <p>Hiperglicemia r/c con conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes y falta de cumplimiento del plan terapéutico evidenciado por la glucosa de 400 mg.</p>	<p><b>Objetivos Generales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Corregir el trastorno metabólico</li> </ul> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Controlar la glucosa en sangre.</li> <li>Incrementar conocimientos sobre su proceso de enfermedad.</li> </ul>	<p><b>INTERVENCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilar los niveles de glucosa en sangre.</li> <li>Administrar insulina según prescripción médica.</li> <li>Mantener una vía intravenosa</li> <li>Aumente el consumo de agua.</li> </ul> <p><b>ACTIVIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Administrar al paciente insulina cristalina según prescripción médica.</li> <li>Administrar al paciente cloruro de sodio al 9% según indicación médica.</li> <li>Recomendar al paciente que beba más agua de lo habitual (para compensar las pérdidas de orina)</li> <li>Instruir al paciente que el control de glucosa será en forma periódica para</li> </ul>	<p>Se logró corregir el trastorno metabólico: glucosa 150 mg /dl</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Colesterol total: 290 mg/dl</li> <li>○ Triglicéridos :267 mg/dl</li> <li>○ Dieta poco saludable.</li> </ul>			<p>ajustar medicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recomendar al paciente que guarde reposo.</li> <li>○ Explicar al paciente sobre su enfermedad, alimentación saludable, actividad física y estilos de vida saludable.</li> </ul>	
--	--	--	---	--

<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>BASE/FUENTE DE DATOS</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>NIVEL</b>
Sánchez Gómez, María Begoña (22)	2013	NANDA	Riesgo de Deterioro de la Función Cardiovascular	1
Enfermería Comunitaria(23)	2014	RIDEC	Revista iberoamericana	1
Julián Flores Gómez Begoña(22)	2015	NANDA	Proceso riesgo vascular	2

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>Datos objetivos</b></p> <p><b>1. De la Historia Clínica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diabetes mellitus tipo 2</li> <li>○ Leucocitos: 10000 mm<sup>3</sup>.</li> </ul> <p><b>2. Del Examen físico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Herida infectada de 2 cm de diámetro localizado en pie izquierdo.</li> <li>○ Dolor, rubor y edema en MMII (pie izquierdo)</li> <li>○ Calor en dicha zona.</li> </ul>	<p><b>REALES</b></p> <p>Deterioro de la integridad cutánea r/c con la alteración de la sensibilización y del estado metabólico evidenciado por la herida infectada en pie izquierdo.</p>	<p><b>Objetivos Generales:</b></p> <p>Mantener la integridad de la piel</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificar signos de deterioro de la piel</li> <li>○ Tomar decisiones rápidas para el cuidado de la piel</li> </ul>	<p><b>Intervención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar y cuidar la piel del paciente.</li> <li>• Realizar cuidados de la herida del paciente</li> <li>• Enseñar al paciente y familia sobre el Procedimiento/ tratamiento de la herida.</li> <li>• Recomendar al paciente sobre cómo controlar las infecciones.</li> </ul> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar signos inflamatorios en la herida del paciente.</li> <li>• Limpiar la zona afectada con una solución salina a presión.</li> <li>• Aplicar un ungüento adecuado a la piel y/o herida del paciente.</li> <li>• Explicar el procedimiento y tratamiento al paciente y</li> </ul>	<p>Se logró mantener una integridad cutánea durante el tratamiento ambulatorio.</p>



			miembro de la familia. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar el lavado de manos con jabón antimicrobiano al paciente y familia.</li> </ul>	
--	--	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Herdman Th, Kamitsuru S,(24)	2014	NANDA	Definición y clasificación	2
Herdman Th, Kamitsuru s,(24)	2015	NANDA	Definición y clasificación	1
NANDA International, inc.(18)	2017	NANDA	diagnosis: definitions & classification	2

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>Datos subjetivos</b></p> <p>Paciente refiere: "Me siento aburrido y tengo miedo lo que me sucede y me desespera que no puedo controlar esta enfermedad".</p> <p><b>Datos objetivos</b></p> <p><b>De la historia clínica-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ sediento, irritable y sensación de debilidad o cansado, mucosa oral reseca</li> </ul>	<p><b>REALES</b></p> <p>Ansiedad r/c con amenaza en: rol, estado de salud, los patrones de interacción manifestado por expresión de preocupaciones.</p>	<p><b>Objetivos Generales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Disminuir el grado de ansiedad.</li> </ul> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificar el grado de ansiedad.</li> <li>○ Controlar la ansiedad.</li> </ul>	<p><b>INTERVENCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recomendar actividad física al paciente.</li> <li>○ Escuchar al paciente en relación a sus dudas, temores y preocupación.</li> <li>○ Brindar apoyo emocional al paciente.</li> <li>○ Enseñar al paciente técnicas de relajación</li> </ul> <p><b>ACTIVIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Explicar todos los procedimientos al paciente respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</li> <li>○ Ayudar al paciente a realizar una descripción sobre sus dudas y temores.</li> </ul>	<p>Se logró disminuir la ansiedad del paciente durante la atención ambulatoria.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Escuchar con atención al paciente.</li> <li>○ Realizar técnicas de relajación con el paciente.</li> </ul>	
--	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Herdman TH, Heath C, Meyer G, Scroggins(17)	2015	NANDA	Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación	1
Moorhead S, Johnson M, Maas M(20)	2015	NOC	Clasificación de resultados	2
McCloskey Dochterman(21)	2015	NIC	Clasificación de Intervenciones	2

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<b>Datos</b> <b>subjetivos:</b> Esposa refiere: “Me trae gran preocupación ya que él nos ayuda con el sustento diario en el hogar”  Mis hijos están estudiando y en verdad no sé qué hacer ”	<b>Bienestar</b> Afrontamiento familiar comprometido r/c incertidumbre sobre el estado de salud y desconfianza para afrontar la situación e/p  Manifestación verbal de la esposa.	<b>Objetivos Generales:</b> Promover el afrontamiento familiar eficaz.  <b>Objetivos específicos:</b> Identificar causas de afrontamiento ineficaz de la esposa ante la enfermedad de su paciente.	<b>Intervenciones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fomentar la participación de la familia en el cuidado del paciente</li> <li>○ Enseñar a la familia sobre los cuidados y procedimientos respecto al paciente.</li> <li>○ Sugerir a la esposa una consulta con el psicológico en caso que lo amerite.</li> </ul> <b>Actividad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Entrevistar a la familia sobre la estructura familiar y sus roles</li> <li>● Animar a la familia para brindar apoyo al paciente y esposa.</li> </ul>	Se logró promover el afrontamiento familiar eficaz.

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.</li> <li>• Realizar una interconsulta con psicología si el caso lo amerita.</li> </ul>	
--	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Phillips Kd, Harris robín(13)	2015		Modelos y teorías de enfermería	1
Blanc, B.F-I.(26)	2015	NANDA	Aplicación de lenguajes normalizados	1
NANDA(18)	2015-2017	NANDA Internacional	Definición y clasificación	2

## **EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES**

Los cuidados de enfermería se llevaron a cabo durante la atención ambulatoria y visita domiciliaria al paciente, cumpliéndose en un 80% con lo programado.

## **EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En la valoración: Se tomó datos de relevancia y se agrupó por dominios, abarcando globalmente las esferas del ser humano.

En la planificación: se priorizó los problemas que se encontraron, se planteó objetivos y se detalló los cuidados a seguir.

Evaluación: se volvió a evaluar al paciente encontrándose cambios a corto y mediano plazo tales como:

- Se logró corregir el trastorno metabólico. Paciente continua con antidiabéticos orales, ya no recibe administración de insulina cristalina. Los niveles de glucosa: 150 mg dl, colesterol: 190 mg/dl y triglicéridos: 160 mg dl
- Se logró mantener la integridad de la piel del paciente con disminución de signos inflamatorios: Herida en proceso de cicatrización favorable y confort del paciente.
- Se logró disminuir el grado de ansiedad del paciente. Paciente se muestra tranquilo, poco preocupado, sociable y optimista frente a los problemas de salud.
- Se logró promover el afrontamiento familiar eficaz; ya que la esposa del paciente refiere tener más confianza en afrontar la situación y se mostró colaboradora en los cuidados de su esposo.

## CONCLUSIONES

1. Se logró corregir el trastorno metabólico: glucosa 150 mg /dl
2. Se logró mantener una integridad cutánea durante el tratamiento ambulatorio.
3. Se logró disminuir la ansiedad del paciente durante la atención ambulatoria.
4. Se logró promover el afrontamiento familiar eficaz.

## RECOMENDACIONES

- Se sugiere al personal profesional de enfermería que siempre en todo caso clínico utilicen el proceso de enfermería vinculado con la teoría general del autocuidado de orem, porque permite realizar análisis de autocuidado y la identificación del déficit de acciones en relación a: manejo de la hiperglucemia, tratamiento, régimen dietético y de ejercicios; esenciales para la promoción de la calidad de vida y prevención de complicaciones crónicas en personas con diabetes mellitus.
- El personal profesional de enfermería debe programar las visitas domiciliarias, con el objetivo del seguimiento y el desarrollo de las actividades educativas. Fomentando estilos de vida saludable y entorno saludable.
- El personal de enfermería debe trabajar con un enfoque holístico en todo el proceso de atención de enfermería, considerando al paciente, familia y comunidad



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Diabetes Association (ADA) .Orlando Florida: Medscape Medical; 2010. [10 de octubre del 2017].URL disponible en: <https://www.medscape.com/viewcollection/31084>
2. Canadian Diabetes Association.Canada: Medline; 2013. [09 de octubre del 2017]. URL disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24070926](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24070926)
3. Cervantes-Villagrana R Preso-Bernal J. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células  $\beta$  pancreáticas. Revista de Endocrinología y Nutrición 2013; 21(3): 98-106
4. Santulli G, Lombardi y, Sorriento D, Anastasio A, Del Giudice C, Formisano P, Béguinot F, Trimarco B, Miele C, Iaccarino G. Age-related impairment in insulin release: the essential role of  $\beta$  (2)-adrenergic receptor. *Diabetes*.Pubmed 2012; 61(3): 692-701
5. Mardones L, Ormazabal V, Romo X, Jaña C, Binder P, Peña E, Vergara M, Zúñiga FA.The glucose transporter-2 (GLUT2) is a low affinity dehydroascorbic acid transporter. *Biochem Biophys Res Commun*.Pubmed 2011 ; 410 (1) : 7-12.
6. Zheng Y, Scow JS, Duenes JA, Sarr.2012. MG: Mechanisms of glucose uptake in intestinal cell lines: role of GLUT2. *Surgery*.Medline 2012; 151(1): 13-25.
7. Maedler K. Beta cells in type 2 diabetes –a crucial contribution to pathogenesis. *Diabetes Obes Metab*.Medline 2008 10 (5): 408-420.

8. Chen Y, Wang Y, Zhang J, Deng Y, Jiang L, Song, Wu XS, Hammer JA, Xu T, Lippincott-Schwartz J. Rab10 and myosin-Va mediate insulin-stimulated GLUT4 storage vesicle translocation in adipocytes. J Cell Biol. Medline 2012 198(4): 545-560.
9. Mamani Mamani R. Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus en adultos jóvenes entre 20 y 30 años del Centro de Salud San Juan de Amancaes – Rimac. [Tesis Doctoral] . Lima: Instituto Daniel Alcides Carrión; 2013.
10. Iglesias González Raest.; Barutell Rubio L., Artola Menéndez S.; Serrano Martín R. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA). Diabetes Care 2014; 05 (2):1-24.
11. Ana de Santiago Nocito, José Mediavilla. Guías clínicas diabetes mellitus. España: De Euromedice ; 2015.
12. Alfaro J.; Simal A. , Botella F .Tratamiento de la diabetes mellitus. Sistema Nacional de Salud 2000; 24 (2): 33-43.
13. Ann Marriner Tomey, Martha Raile. Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona: De Elsevier Mosby; 2010.
14. Navarro Peña Y, Castro Salas. M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enfermería global 2010; 19(1).
15. Naranjo-Hernández Y, Concepción-Pacheco J. Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. 2016. Revista Finlay [revista en Internet]. 6 [citado 2017 Ago 6]; 6(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/400>

16. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Oxford: Wiley-Blackwell
17. Herdman TH, Heath C, Meyer G, Scroggins L. Vasallo B. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier. 2014.
18. NANDA International, Inc. NURSING DIAGNOSES: DEFINITIONS & CLASSIFICATION 2015–2017 Tenth Edition
19. Hermanó TH, Heath C, Meyer G, Scroggins L. Vasallo B. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier. 2014.
20. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid. Elsevier . 2015
21. McCloskey Dochterman J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier. 2015.
22. Sánchez Gómez, María Begoña; Duarte Clíments Gonzalo. Riesgo de Deterioro de la Función Cardiovascular, nuevo diagnóstico NANDA. Revista de Enfermería ENE 2013; 7(3).
23. Asociación de enfermería comunitaria. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIDEC). 2014; 7(1).
24. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Oxford: Wiley-Blackwell

25. Riffo Luengo ,Salazar Molina. Aplicación del proceso de enfermería según el modelo de Roy en pacientes con diabetes mellitus.Revista enfermería global 2008; 14(1).
26. Montserrat Bros i serra. Aplicación de los lenguajes estandarizados NANDA, NOC Y NIC.Revista scielo 2008; 17(3).
27. - NANDA International, Inc. NURSING DIAGNOSES: DEFINITIONS & CLASSIFICATION 2015–2017 Tenth Edition

# ANEXOS

# Diabetes



## SÍNTOMAS DE LA DIABETES



Orina frecuente y abundante



Pérdida de peso



Sed excesiva



Falta de energía



Hambre constante

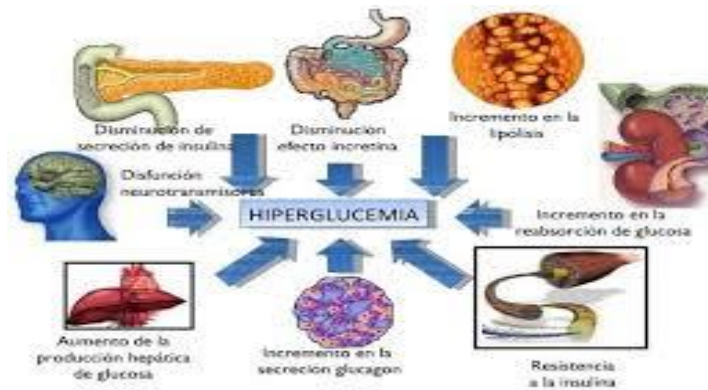


Cambios de ánimo



Visión borrosa

*No todos los síntomas pueden presentarse, algunas veces pasan desapercibidos*



## Tratamiento farmacológico

- Hipoglicemiantes orales O ANTIDIABÉTICOS ORALES
- INSULINA
- **DM tipo 1** siempre se utiliza la Insulina para controlar la glucemia.
- **DM tipo 2** están indicados los ADO y/o la insulina cuando no se logran alcanzar metas del control metabólico acordado, **con dieta, normalización de peso y ejercicios.**

## VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR DOMINIOS

### DATOS GENERALES:

Fecha de ingreso: ..... Hora de ingreso:.....

Forma de

ingreso:.....

.....

Antecedentes de Enfermedad y Quirúrgicas:

Ha sido hospitalizado: Si..... No..... Última fecha de

hospitalización:.....

HTA..... DM..... Gastritis..... Asma..... Neumonía..... TBC.....

Otros.....

Intervenciones quirúrgicas:...

.....

Procedimientos previos:

.....

...

Reacciones alérgicas: Si..... No.....

Especifique.....

### DOMINIO 1:

**PROMOCION DE LA SALUD** (toma de conciencia de la salud y manejo de la salud)

Reconoce que está enfermo y solicita ayuda? Si..... No.....

Conoce sobre su enfermedad actual: Si..... No .....

Factores de riesgo:

Uso de tabaco: Si.... No.... Frecuencia..... Consumo de alcohol: Si.....

No..... Frecuencia.....

Otros

.....

.....

Se automedica: Si..... No..... qué medicinas?

.....

Medicación actual (dosis y frecuencia).....

.....

.....

.....

Cumple el tratamiento médico: Si..... No.....

Porque:.....

### DOMINIO 2:

**NUTRICIÓN** (Ingestión, digestión, absorción, metabolismo, hidratación)

Medidas antropométricas: Peso actual..... talla actual.....

IMC.....

Pérdida de peso: Cuánto?..... En qué tiempo? .....

Apetito: Normal..... Disminuido..... Exceso..... Dificultad para  
deglutir Si..... No.....

Alimentación: Oral..... SNG..... SNY..... Gastrostomía.....

Yeyunostomía.....



Nutrición parenteral: ..... 2:1..... 3:1..... Por catéter venoso central..... Por cateter v. periférico.....  
 Tipo de dieta: Hiperproteica..... Hiposódica..... Hipograsa..... Otra.....  
 Liquida..... Tolerancia oral.....  
 Otros.....  
 Abdomen: blando depresible..... Distendida..... Globuloso..... Ascítico.....  
 Otros.....  
 Piel-Coloración: Normal..... Pálida..... Ictérica..... Hematoma.....  
 Otros.....  
 Hidratación: Seca..... Turgente..... Integridad: Intacta..... Lesiones.....  
 Especificar: .....  
 Dentadura: Completa..... Incompleta..... Ausente..... Prótesis.....  
 Caries dental..... Lengua saburra..... Higiene: Buena..... Regular.....  
 Mala..... Lesiones en boca: Si ..... No .....  
 Exámenes de laboratorio:  
 Hemoglobina..... Hematocrito..... Albúmina.....  
 Plaquetas..... Proteínas..... Glucosa.....  
 Electrolitos.....  
 Otros.....  
**DOMINIO 3:**  
**ELIMINACIÓN** (Sistema urinario, gastrointestinal, tegumentario, pulmonar)  
 Vesical: anuria..... oliguria..... poliuria..... hematuria..... / Sonda vesical.....  
 Talla vesical .....  
 Otros..... Incontinencia..... pañal..... colector orina.....  
 Volumen/24horas..... BHE/24 horas.....  
 Intestinal: deposición normal..... estreñimiento..... fecalomas.....  
 diarrea..... melena.....  
 Otros..... N° de deposición /día.. ..... / Drenajes: Si.....  
 No..... Especifique  
 tipo..... Características.....  
 .....  
 Ruidos hidroaéreos: Normal..... Aumentado..... Disminuido.....  
 Ausente.....  
 Abdomen: Normal....Distendido..... Timpánico..... Ascítico..... Tabla.....  
 Masas-hernias..... Fístula..... Colostomía..... Ileostomía.....  
 Colostomía..... Drenajes: tubular.....  
 Kher ..... Otros  
 .....  
 Tórax: lesiones: Si ..... No..... Drenaje tórax: Si ..... No..... Neumotórax.....  
 Hemotórax .....  
 Secreciones traqueo bronquiales: Si..... No.....  
 Características.....  
 Disnea..... Cianosis..... Resultados de gasometría arterial: Oxigenación:PaO2.....  
 .....PaO2/FiO2.....  
 Ventilación: PaCO2..... Equilibrio A- B: pH..... PaCO2 .... HCO3.....  
**DOMINIO 4:**

**ACTIVIDAD/REPOSO** (reposo/sueño, actividad/ejercicio, equilibrio de la energía y respuesta cardiovascular/respiratoria)

Respuesta cardiovascular/respiratorias:

Problema para dormir: Si..... No.....

Especifique:.....

Duerme con pastillas: Si..... No.....

¿Cuales?:.....

Despierta temprano : Si..... No.....

¿Porque?:.....

Uso de sedantes EV: cuales? ..... horario..... Infusión continua:

..... Dosis: .....

Actividad – Ejercicios:

Capacidad percibido por nivel: Puntos a evaluar 0 1 2 3 4

Nivel 0: Completo auto cuidado  
(independiente)

Nivel 1: Necesita uso de un  
equipo o dispositivo

Nivel 2: Ayuda o supervisión de  
otra persona

Nivel 3: Ayuda de otra persona y  
de equipo

Tomar de alimentos Bañarse/aseo-personal Movilización en cama Deambula

Eliminación Vestirse

Marcha estable:.... Marcha con ayuda:.... Postrado: no se moviliza .....  
se moviliza .....

Uso de: Bastón:..... Muleta:..... Andador..... Silla de  
ruedas:.....Otros.....

Función Sensitiva: Debilidad..... Paresias..... Hemiplejia.....

Paraplejia.....

Fuerza muscular: Conservada:.... Disminuida:.... Nula .....

Ayuda Respiratoria: Cánula binasal:.....FiO2..... Máscara reservorio:.... FiO2

..... Venturi:.... FiO2 ..... TET:.... N°..... Nivel..... N° de días.....

Traqueotomía:..... Ventilación: No Invasiva..... Invasiva.....

Modo:..... Parámetros: FiO2 ..... F.R..... P.I. .... V.T. .... P.S. .... I:E .....

PEEP ..... (Lo que da el paciente: V.T. .... V.m. .... FREX ..... SO2

..... ETCO2 ..... ) Fecha:.....

Actividad Circulatoria/riesgo periférico: Pulso regular:.... P. irregular:....

P.pedio..... P.periférico..... P. A..... P.A.M. .... Pulso

poplíteo:Normal:..... Ausente:..... Débil:.....

Extremidad superior D:..... I:..... Normal:..... Cianosis:.....

Extremidad inferior D:..... I:..... Normal:..... Cianosis:.....

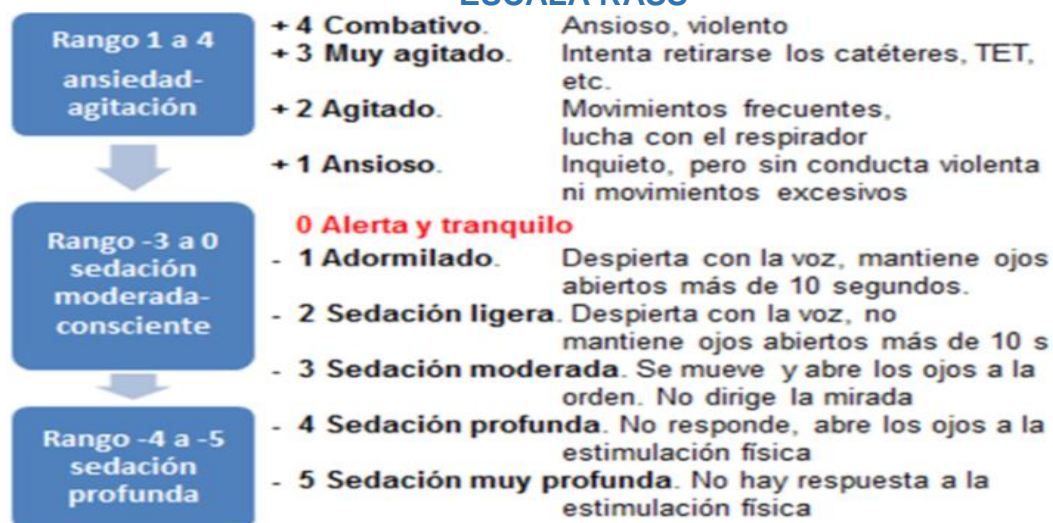
Edema: Si:..... No:.....

Especifique:.....Várices: Si :..... No:.....

## **DOMINIO 5:**

**PERCEPCIÓN/COGNICIÓN:** (atención, orientación, sensación/ percepción, cognición y comunicación)

## ESCALA RASS



Somnoliento:..... Soporoso:..... Comunicativo:..... Evasivo:.....

Especificar:.....

Visión: Normal:..... Disminuido:..... Audición: Normal:.....

Disminuido:.....

Olfato: Normal:..... Disminuido:..... Gusto: Normal:.....

Disminuido:.....

Lenguaje: Normal:..... Afasia:..... Disartria:.....

Conoce sobre su enfermedad actual? SI..... NO.....

Sabe cómo cuidarse al salir de alta? SI..... NO.....

### DOMINIO 6:

**AUTOPERCEPCIÓN:** (auto concepto, autoestima, imagen corporal).

Acepta su enfermedad: SI..... NO..... Acepta el cambio de su estado físico SI..... NO:.....

Cuidado de su persona SI..... NO.....

Especifique.....

Tranquilo:..... Introvertido:..... Extrovertido:..... Impaciente:..... Positivo.....

### DOMINIO Nº 7:

**ROL/RELACIÓN** (roles de cuidador, relaciones familiares, desempeño del rol)

Fuentes de apoyo: Propios:..... Pareja:..... Hijos:.....

Familiares:..... Amigos:.....

Otros:.....

Estado civil:..... Con quién vive.....

Relación Familiar: Adecuado:..... Inadecuado:..... Conflictos familiares SI..... NO:.....

Especifique:.....

Ocupación:..... Ingreso económico: Adecuado:.....  
Inadecuado:.....

**DOMINIO Nº 8:**

**SEXUALIDAD** (identidad sexual, función sexual, reproducción)

Disfunción sexual: Si:..... No:.....

Especifique:.....

Problemas con su pareja: Si:..... No:.....

Especifique:.....

**DOMINIO Nº 9:**

**AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS** (respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento y estrés neuro- comportamiento)

Irritable:..... Agresivo:..... Triste:.....

Otros:.....

Reacción frente a su enfermedad: Acepta: Si:.....

No:.....

Ansiedad:..... Preocupación:..... Indiferente:.....

Otros:.....

**DOMINIO Nº 10:**

**PRINCIPIOS VITALES** (Valores, creencias y congruencias de las acciones con valores, creencias)

Religión:... Su religión es importante en su vida:

Si:..... No:..... ¿Por

qué?:.....

Solicita visita del capellán Si:.....

No:.....

Influye su religión en el tratamiento médico Si:.....

No:.....

Especifique:.....

.....

¿Qué necesita para fortalecer su espiritualidad?

.....

**DOMINIO Nº 11:**

**SEGURIDAD Y PROTECCIÓN** (Infección, Lesión física, Violencia, Peligros ambientales, Procesos defensivos y Termorregulación)

Apósitos: secos y limpios:..... Hemáticos:.....

Serohemáticos:..... Seroso:..... Bilioso:..... Otros:...

.....

Integridad dérmica: Intacta:..... Lesiones:.....

Especifique:.....

Úlceras por presión Si:..... No:.....

Especifique:.....

## ESCALA DE NORTON

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

### CLASIFICACION DE RIESGO:

PUNTUACION DE 5 A 9----- RIESGO MUY ALTO.  
 PUNTUACION DE 10 A 12----- RIESGO ALTO  
 PUNTUACION 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO.  
 PUNTUACION MAYOR DE 14 ---- RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.

## ESTADÍO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Lengua saburra: Si:..... No:..... Mucosas: Secas:.....  
 Hidratadas:.....  
 Lesiones Si:..... No:.....  
 Especifique:.....  
 Catéteres invasivos: Periférica:..... CVC:..... CAF:..... Línea arterial:.....  
 Percutáneo: .....  
 Ubicación:.....  
 .....  
 Sonda Foley.....Nº..... Fecha inserción:..... SNG.....Nº ..... Fecha inserción:.....  
 Lesión por rasurado: Si:..... No:..... Incapacidades: Ceguera:....  
 Demencia:... Otros:.....  
 Vías aéreas permeables: Si:..... No:.....  
 Secreciones:.....  
 Características:..... Dificultad para eliminarlas  
 Si:... No:...  
 Reacción a medicinas Si:..... No:.....  
 ¿Cuáles?.....  
 Rash cutáneo a material de látex: Si:... No:... Hipotermia:.....  
 Hipertermia.....  
**DOMINIO 12:**  
**CONFORT** (Confort físico, confort ambiental, confort social)  
 Dolor agudo: ..... Dolor crónico..... Características del dolor:.....

Uso de analgésico.....  
¿Cuáles?.....  
Escala del dolor..... Pirosis:... Náuseas:.....  
Recibe visita de familiares: Si:..... No:..... Se siente Solo:..... Miedo a la soledad:.....  
Negatividad con los demás:.....  
.....

### **DOMINIO 13:**

#### **CRECIMIENTO Y DESARROLLO** (Crecimiento y desarrollo)

Desnutrición leve:..... Moderada:.....  
Severa:.....  
Aumento de masa corporal:..... Baja masa corporal:..... Factores de riesgo: Pobreza..... Enfermedad..... Secuelas de una enfermedad..... Peso:..... Talla:.....  
Signos de incapacidad para mantener su desarrollo:  
Anorexia..... Fatiga:.....  
Deshidratación:.....



